



Universidade de Brasília

Hospital Universitário de Brasília

Residência Multiprofissional em Atenção Básica

**VIVÊNCIAS DE UM RESIDENTE SANITARISTA NO PROGRAMA
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

RODRIGO DE SOUZA BARBOSA

Brasília – DF, 2021.

RODRIGO DE SOUZA BARBOSA

**VIVÊNCIAS DE UM RESIDENTE SANITARISTA NO PROGRAMA
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão da Residência
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica do Programa de Residência
Multiprofissional da Universidade de
Brasília / Hospital Universitário de Brasília.

Orientador: Dr. Rafael Mota Pinheiro.

Brasília – DF, 2021.

AGRADECIMENTO

Acredito que todo encerramento de ciclo é um momento importante para agradecer dessa maneira, agradeço a todos os negros que vieram antes de mim, que estão comigo e aos que virão, por nós, eu escrevo.

À família, Mônica, Edmundo, Ana, Robson, Rafaela, Enzo e Benjamin, sem os quais não haveria história para ser contada, e aos amigos, Emily, Leonardo, Petruska, Thayna, companheiros de reflexões das angústias compartilhadas durante o percurso.

A todos que caminharam comigo durante essa jornada, Antônio, Laura e Kleber camaradas de residência que em diversos momentos construíram uma rede de apoio. As minhas preceptoras, Gianni, Carol, Marília e Kárita que me proporcionaram ensinamentos importantes na minha formação.

Agradeço também a Universidade de Brasília que me permitiu aprofundar meus conhecimentos e conhecer diversos outros, assim como os professores que tive o prazer de conhecer e aprender. A todos os gestores, profissionais de saúde, usuários que encontrei nesses dois anos de programa, vossa dedicação ao Sistema Único de Saúde é para mim força motriz para me tornar um profissional melhor.

Agradeço a Deus por me permitir amar.

*“Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui
Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí”.*

*(Antonio Carlos Belchior / Leandro Roque De Oliveira / Felipe Adorno Vassao /
Eduardo Dos Santos Balbino)*

RESUMO

Introdução: As residências multiprofissionais na área da saúde se configuram como uma estratégia de qualificar os recursos humanos para a saúde, elas foram criadas a partir da Lei nº 11.129 em 2005, possuem uma característica de integração ensino-serviço, com isso no desenvolvimento do residente ao vivenciar os problemas nos cenários, aproxima da aprendizagem significativa. **Objetivo:** Relatar as vivências como residente da Saúde Coletiva observando as fragilidades e potências dos cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da ótica de um residente bacharel em Saúde Coletiva no biênio 2019-2020. **Resultados:** Os cenário de prática embora tenham apresentado espaços potentes, algumas limitações foram sentidas e observadas, as demandas administrativas acabaram por configurar uma excessiva demanda, impactando diretamente o desenvolvimento do processo formativo. **Considerações Finais:** Apesar das limitações encontradas a residência proporcionou a interprofissionalidade, o desenvolvimento das atividade de maneira multiprofissional e oportunizou reforçar a Saúde Coletiva como um profissional de e para a saúde pública.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva; Relato de experiência; Residência Multiprofissional; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Multiprofessional residences in the health area are configured as a strategy to qualify human resources for health, they were elevated from Law No. 11,129 in 2005, they have a teaching-service integration characteristic, with this in the development of the resident when experiencing the problems in the scenarios, it approximates learning approximately. **Objective:** report how experiences as a collective health resident observing the weaknesses and strengths of the practice scenarios of the Multiprofessional Residence in Primary Care. **Methodology:** This is an experience report, elaborated from the perspective of a resident bachelor in Public Health in the biennium 2019-2020. **Results:** The practice scenarios, although presenting powerful spaces, some limitations were felt and observed, as administrative demands ended up configuring an excessive demand, directly impacting the development of the training process. **Final Considerations:** Despite the limitations found, the residency provided interprofessionality, the public development of the activity in a multiprofessional way and made it possible to reinforce Public Health as a health professional.

KEYWORDS: Collective Health; Experience report; Multiprofessional Residence; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS Atenção Primária à Saúde

DIRAPS-LESTE Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde Leste

RMAB-HUB/UnB Residência Multiprofissional em Atenção Básica do
Hospital Universitário de Brasília – Universidade de Brasília

RSL Região de Saúde Leste

UBS Unidade Básica de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 - Atributos Essenciais e Derivados da APS - Starfield	14
Figura 2 - Mapa da Região de Saúde Leste	15

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Divisão das categoriais profissionais no RMAB	14
Quadro 2 – Competências e Habilidades	18

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVO	11
METODOLOGIA	11
RESULTADOS E DISCUSSÕES	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

O processo de formação superior na área da saúde no percurso da sua trajetória passou por mudanças práticas e significativas para seguir os últimos conceitos que orientarão a formação dos futuros profissionais de saúde e professores. Dessa forma, devido à necessidade de formar profissionais críticos e reflexivos o modelo de ensino tradicional foi substituído por novas tendências de ensino, contribuindo para transformar a realidade social que estão inseridos, minimizando as iniquidades e desigualdades (RODRIGUES, ZAGONELL e MANTOVANI, 2007).

Realizando um breve histórico a respeito da formação dos profissionais de saúde para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS) começa com a necessidade do sistema de saúde ser mais justo, que se organize através da equidade, considerando as necessidades regionais dos usuários e com a concepção que saúde é direito (BRASIL, 1986).

A implementação do SUS na década de 1990 operacionalizou um sistema com dimensão nacional, público e com princípios e diretrizes bem definidas para todo o território nacional e normatizado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990). Entretanto, apesar desses grandes avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda iria passar por diversos processos de estratégia de operacionalização (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

Dentre as estratégias temos a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a Norma Operacional Básica, o Pacto de Gestão e outras estratégias que foram fundamentais para a reorganização e humanização do SUS como a Estratégia de Saúde da Família, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Política Nacional de humanização entre outras políticas impulsionaram para uma mudança do paradigma de se fazer saúde no Brasil (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se constrói a partir da concepção que é preciso transformar e qualificar as práticas de saúde, organizar as ações e serviços, incidindo nos processos formativos e de práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, além de trazer a tona o papel

fundamental de articulação entre gestão, atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004).

Machado (2003) aponta que a qualificação dos recursos humanos na saúde pode ser compreendida com a efetivação de ações que provoquem um aproveitamento do potencial dos profissionais, permitindo que esses consigam enfrentar as mudanças e os desafios diários em produzir saúde e minimizar danos nos diferentes espaços do SUS.

Visando uma consolidação do SUS para o enfrentamento das problemáticas na qualificação dos recursos humanos é esperado que os gestores de saúde em todas as esferas, consigam identificar e construir estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos em saúde apontando que é preciso fortalecer a prática de gestão para que assim ela permita esse olhar mais atento aos outros profissionais em todas as esferas do SUS (GIL, 2005).

A busca por desenvolvimento dos profissionais de saúde apresenta uma ferramenta importante para a implementação de um SUS democrático, equitativo e eficiente (GIL, 2005). Compreendendo que todo o investimento em treinamento e qualificação pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, favorece mudanças positivas no desempenho dos trabalhadores (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

As residências multiprofissionais em área profissional de saúde se configuram como uma estratégia de qualificar os recursos humanos para a saúde, elas foram criadas a partir da Lei nº 11.129 em 2005 e assume uma postura no seu artigo 13º a postura que são orientadas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS levando em consideração as realidades locais e regionais (BRASIL, 2005).

As Residências em Saúde possuem uma característica de integração ensino-serviço, com isso no desenvolvimento do residente ao vivenciar os problemas nos cenários, aproxima da aprendizagem significativa que é a base da Educação Permanente em Saúde. Nesse tipo de aprendizagem favorece a ocorrência de produção de sentidos, uma vez que o cenário de prática do residente é o local de trabalho do profissional de saúde, isso faz com que tenhamos um processo de reflexão dos atores envolvidos, na transformação das práticas, aprimoramento de conhecimento e a compreensão do contexto local (BRASIL, 2005)

Os programas de aprimoramento e aperfeiçoamento profissional em saúde têm como objetivo central desenvolver nos profissionais graduados os conhecimentos relativos às ciências da saúde. Nessa modalidade de formação é desenvolvida nos serviços de saúde, a fim de atender as demandas clínicas, epidemiológicas e sociais de um determinado território, contribuindo para o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (Lourenção, Moscardini & Soler, 2013; BRASIL, 2015).

Esse relato de experiência se justifica na oportunidade de acompanhar o Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília (RMAB-HUB/UnB) através de um olhar crítico e reflexivo das práticas e cenários experienciados pelo residente de Saúde Coletiva e contribuir para futuras discussões a respeito de melhorias necessárias nos cenários de práticas e supervisão.

2. OBJETIVO

Relatar as vivências como residente da Saúde Coletiva observando as fragilidades e potências dos cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília – Universidade de Brasília.

3. METODOLOGIA

Este estudo constitui um relato de experiência, de caráter retrospectivo e descritivo, elaborado a partir das vivências do residente bacharel em Saúde Coletiva na RMAB-HUB/UnB, no biênio 2019-2020.

O RMAB-HUB/UnB se configura como sendo de uma pós-graduação, minha vivência teve início em março de 2019 com abordagem de se desenvolver nos serviços de saúde, sob a supervisão e submetido a uma jornada de 60 horas semanais, sendo 48 horas nos serviços de saúde (prática) e 12 horas em atividades teóricas. O programa neste ano contou com uma equipe composta por 12 profissionais, formando uma equipe multiprofissional, entre as seguintes áreas: Enfermagem; Farmácia; Nutrição; Odontologia e Saúde Coletiva.

O programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica é uma pós-graduação lato sensu oferecida a cinco categorias de saúde, dentre elas a Saúde Coletiva, a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Segundo o Manual do Residente a formação acontece com uma dedicação de sessenta horas semanais, nas quais 80% se desenvolvem nos cenários de prática e os 20% concentram-se nas atividades práticas-teóricas. O currículo vigente deste programa foi estabelecido em 2016, consistindo na oferta de 5.760 horas de formação, sendo que 4.608 horas nos cenários de práticas.

Ao concluir o programa espera-se uma carga de 1.152 horas de estratégias educacionais práticas-teóricas sendo guiadas por meio de estudos individuais e/ou em grupo conduzido pelo corpo docente e convidados. Permitindo que seja desenvolvida em ambientes virtuais, intervenções nos territórios de saúde e de controle social.

Outra característica importante do nosso programa está na divisão metodológica de ensino, oportunizando o aprimoramento de competências específicas, realizando a divisão em dois grupos: Fundamentos e Atenção à Saúde. No grupo de Fundamentos há os Fundamentos Teóricos; Fundamentos da Prática e Gestão; e Organização dos Serviços de Saúde. Já no grupo Atenção à Saúde, temos: Atenção Individual; Atenção a Grupos Populacionais Específicos ou Situações Especiais; e Formação Optativa ou Complementar.

A busca pela multiprofissionalidade é articulada pelas profissões citadas, contando com um total de 12 vagas, sendo que, para as práticas assistenciais e gerenciais os residentes foram agrupados e classificados de acordo com as Regiões Administrativas (RA's) que ficaram lotados para facilitar o processo de visualização, o quadro logo abaixo ilustra o processo de configuração no primeiro e no segundo ano do programa:

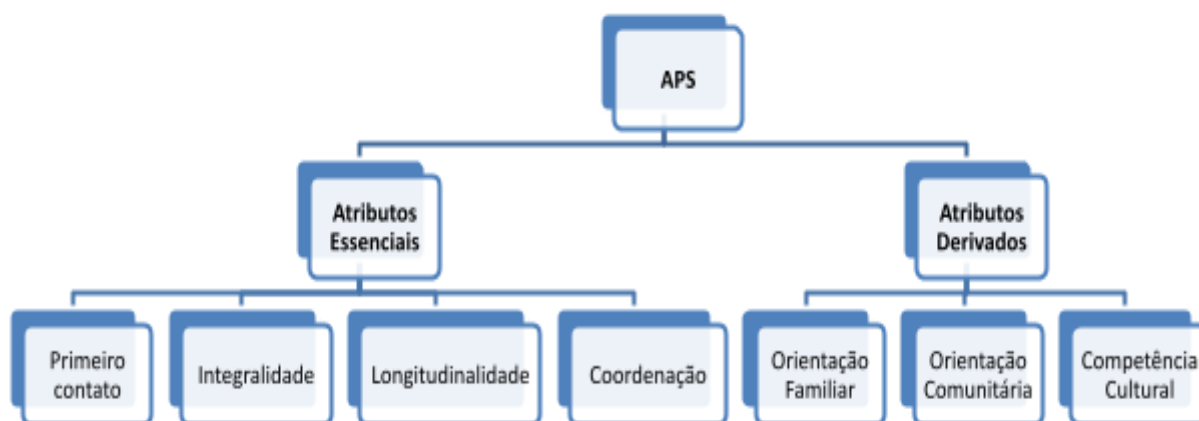
Quadro 1 – Divisão das categoriais profissionais no RMAB 2019-2020

Grupo (de acordo com a RA de lotação)	1º Ano de Residência		2º Ano de Residência	
	Profissionais de Saúde		Profissionais de Saúde	
	Quantidade	Categoria	Quantidade	Categoria
Itapoã	1	Enfermeira	1	Enfermeira
	1	Nutricionista	1	Nutricionista
	1	Dentista	1	Dentista
	1		1	Sanitarista
São Sebastião	1	Enfermeira	1	Enfermeira
	1	Nutricionista	1	Nutricionista
	1	Dentista	1	Dentista
	2	Farmacêuticos	2	Farmacêuticos
	2		2	Sanitaristas
Paranoá	4	Sanitaristas	1	Sanitarista

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se a postura logo no início do programa por nivelar o conhecimento a respeito dos Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária à Saúde, segundo Starfield (1998, 2005):

Figura 1 - Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária à Saúde - Starfield (1998; 2005).



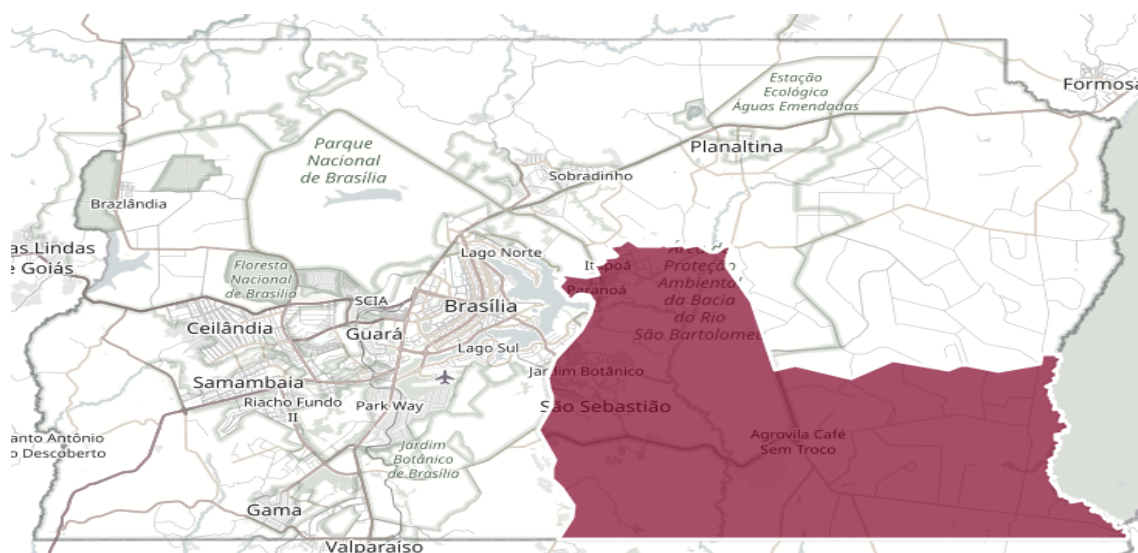
Fonte: Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, 2015-2016. Elaboração Própria.

Um sistema de saúde voltado para o fortalecimento da APS é mais satisfatório para as pessoas e comunidade, são melhores avaliados em relação ao custo-efetivo e principalmente são mais equitativo, mesmo em territórios onde coexistem grandes iniquidades e desigualdades sociais (STARFIELD, 2005). Com isso, quando nivela o conhecimento a respeito de cada atributo caminhamos para a efetividade em nossas condutas profissionais.

Sem negligenciar a premissa da multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade, este relato apresenta minha visão (residente sanitaria) do programa de Atenção Básica. O campo de prática se desenvolveu na Região Administrativa do Paranoá. Para a compreensão macro o Paranoá compõe a Região de Saúde Leste (RSL), assim como: Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico.

Contextualizando o território de desenvolvimento deste programa em Atenção Básica, a Região de Saúde Leste é definida pelo Decreto 37.057 de 14 de janeiro de 2016 na formulação da estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que criou as superintendências nas regiões de saúde (VILAÇA, 2016). Por meio deste decreto se define a organicidade da rede de serviços públicos de saúde por meio de sete regiões de saúde e conduzidas por meio das superintendências.

Figura 2 - Mapa da Região de Saúde Leste



Fonte: Disponível em: <<https://salasit.saude.df.gov.br/cnes-estabelecimentos-de-saude/>>.

Acessado: 28/12/2020.

Segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2020) a capacidade de serviço da RSL conta com: 2 CAPS; 3 Centros de Especialidade; 1 Centro de Parto Normal; 1 Hospital; 3 Policlínicas; 31 UBS; e 1 UPA (BRASIL, 2020).

O programa é voltado para Atenção Básica, adotando o conceito mais atual do Ministério da Saúde a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvido por práticas de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde visando a integralidade do cuidado e que isso impacte de maneira positiva na situação de saúde. A APS é a principal porta de entrada do SUS, e é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, organizando os fluxos de referência e se orienta através dos princípios da acessibilidade, universalidade, integralidade, continuidade do cuidado, da responsabilização, humanização e equidade (BRASIL, 2020).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As questões experienciadas na Residência Multiprofissional em Atenção Básica serão tratadas em duas dimensões: cenários de prática e supervisão. O caminho aqui traçado será dado pela vivência dos cenários, no encontro com os profissionais de saúde do território, das potências e limitações encontradas.

O primeiro ano da RMAB para os profissionais residentes em Saúde Coletiva foi realizado na Gerência de Enfermagem na DIRAPS-LESTE e na Sala de Situação da Região de Saúde Leste e no segundo ano na Gerência da Unidade Básica de Saúde nº 01 do Paranoá, a primeira questão imposta é o local de prática, e logo houve uma apreensão em atuar na RSL por ser um território que possuem índices de violência consideráveis, o trajeto entre a para de ônibus ao hospital foi cenário de algumas situações de violência. E devido à distância dos residentes ao cenário de prática a estratégia adotada para contornar essa situação era finalizar nossas ações no final da tarde, para que ainda estivesse claro e esse trajeto fosse o mais tranquilo possível.

A escolha do primeiro cenário se deu por meio de um encontro com todas as gerentes da DIRAPS-Leste em 2019, onde já fomos provocados a escolhermos nossos locais de atuação, sendo que naquele momento não conhecíamos as atribuições de cada

setor. Solicitamos uma breve explanação sobre cada gerência e no processo de intuição escolhemos as gerências de acordo com nosso perfil/intimidade. Após essa apresentação, optei por ficar na Gerência de Enfermagem, tinha como supervisão direta e indireta a Gerente de Enfermagem e a enfermeira do setor.

As primeiras provocações de ter escolhido uma gerência de enfermagem esbarra no campo da interprofissionalidade, sendo bem rico essa interação, existiam questões da assistência à saúde, gerência da equipe de enfermagem da RSL e isso corresponde a todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agente comunitários de saúde, garantir os recursos e insumos necessários para atuação desses profissionais nos serviços. No contexto de ser um residente sanitaria e ser provocado a está dentro da gerência de enfermagem, possibilitou o que D'Amour *et. al* (2005) vai apontar como um processo importante de aprendizado ao lidar com as dinâmicas relações de interação entre profissionais de áreas distintas, proporcionando um olhar para atenção à saúde mais ampliado.

Entramos no momento que a Região de Saúde Leste passa por alterações significativas na organização dos serviços da APS, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) estava realizando um projeto definido como a Planificação da Atenção Básica, e isso permitiu que a vivência neste primeiro cenário o contato direto com a pesquisa, educação, comunicação e planejamento em saúde.

Outra experiência importante neste cenário foi a construção do Jornal da Enfermagem “News Enfermagem” sendo um produto a ser entregue bimestralmente, consistia na ideia de reunir experiências exitosas na APS desenvolvido pelos profissionais de saúde que faziam parte da equipe de enfermagem. Acontecia visitas *in loco* para realização de entrevistas, participação de reuniões técnicas, momentos de edição e apresentação para gerência de enfermagem e para direção da APS-Leste. Silva *et. al* (2007) demonstra em seu artigo que tem crescido a divulgação de informação envolvendo doenças e condições de saúde, entretanto é importante fazer com que a informação publicada seja acessível, logo pensar no “News Enfermagem Leste” proporcionou a comunicação e informação em saúde como estratégia para envolver outros profissionais da enfermagem a refletir em maneiras de incorporar algumas práticas que estavam sendo desenvolvido na região, foi em comunicar sobre processos de capacitação, portarias, treinamentos e etc.

A gerência de enfermagem proporcionou também identificar o trabalho fragmentado da APS ainda existente no território, as gerências da DIRAPS ainda apresentava algumas limitações neste sentido, alguns projetos eram desenvolvidos isoladamente por cada gerência. Pires (2008) discute que o trabalho em saúde acontece em sua grande maioria na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional, mas geralmente ocorre das ações se tornarem fragmentadas, pois, ainda há uma postura de cada área técnica se responsabilizar por uma determinada parte. Durante o processo do primeiro ano de residência podemos presenciar uma mudança na postura da DIRAPS-Leste, começaram a se organizar para discutir projetos em conjunto, a gerência de enfermagem assumiu uma postura de promover aprimoramento e capacitação para além da equipe de enfermagem.

Por mais que o cenário se apresentasse com uma potencialidade incrível, algumas limitações começaram a serem sentidas, no início do programa o processo de preceptoria provocava a interprofissionalidade, já pelo quinto mês no mesmo cenário as demandas administrativas do setor acabaram por configurar uma agenda de prática para a respostas delas, impactando diretamente o desenvolvimento do processo formativo.

A Faculdade de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília no ano de 2017 disponibilizam um quadro que apresentar as Competências e Habilidades do profissional bacharel em Saúde Coletiva para a compreensão das possibilidades de ter um profissional dessa categoria para além das demandas administrativas:

Quadro 2 - Competências e Habilidades

O profissional de Saúde Coletiva deverá conhecer:	O profissional de Saúde Coletiva deverá fazer:	O profissional de Saúde Coletiva deverá ser:
1. O estado de saúde da população, bem como de grupos populacionais específicos;	1. Planejamento e condução de diagnósticos de saúde na população;	1. Comprometido com a vida e saúde das pessoas; 2. Crítico e reflexivo em relação aos problemas de saúde;

2. As tendências epidemiológicas gerais;	2. Processos de planejamento participativo;	3. Transformador da realidade de saúde das pessoas, famílias e comunidade;
3. As tendências demográficas gerais na população;	3. Mobilização e articulação com a população;	4. Democrático, consciencioso e respeitoso com o capital humano e social;
4. As características sociais e econômicas da população;	4. Articulação intersetoriais de gestão;	5. Responsável com a gestão da saúde;
5. Os aspectos culturais, concepções e práticas de saúde da população;	5. Uso da informação para gestão de serviços e sistemas de saúde;	6. Ético na condução dos serviços de saúde;
6. As políticas e a organização social dos serviços de saúde;	6. Uso racional dos recursos físicos, materiais e financeiros da saúde;	7. Autônomo e transparente na gestão dos recursos da saúde;
7. Os processos de trabalho em saúde;	7. Administração das unidades e serviços de saúde;	8. Motivador das equipes de saúde sob sua gestão.
8. Os processos de formação de recursos humanos em saúde;	8. Captação e aplicação de recursos físicos e financeiros;	
9. O planejamento e programação em saúde;	9. Processos de licitação e compra de insumos e equipamentos;	
10. A legislação necessária para administração pública em saúde;	10. Programação, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde;	
11. Os processos de orçamentação e	11. Avaliação dos custos em saúde;	
	12. Regulação dos serviços terceirizados e conveniados;	
	13. Processos de auditorias permanentes;	

definição de prioridades;	14. Administração e tomada de decisão em situações de crise;	
12. As tecnologias utilizadas na gestão, atenção e avaliação em saúde;	15. Negociação e mediação de conflitos na saúde;	
13. Os processos de produção científica em saúde;	16. Uso dos processos de informação e comunicação na gestão em saúde.	
14. Os processos de informação e comunicação em saúde.		

Fonte: Faculdade de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília no ano de 2017.

Observando esse quadro verifica-se a fragilidade em ocupar uma agenda prática a responder processos administrativos, todos esses elementos apresentados são importantes para compreender que apesar de não ser um profissional voltado para assistência individual, onde inclusive pode-se fazer, por meio de educação e comunicação em saúde, esse profissional precisa ser visto como um instrumento estratégico para superação de fragilidades encontradas entre a gestão e assistência. Radaelli *et. al* (2012) evidenciaram que as demandas administrativas compõem cerca de 20% na totalidade dos serviços e ações ofertadas pela APS, e isso consome muito tempo e recurso, então até onde essas demandas do serviço (pensando o serviço com servidores lotados para realizar tais tarefas) não prejudica nossa vivência no cenário de prática?

Em nenhum momento ao realizar o seguinte relato privilegio ou assumo uma postura de se pensar um programa multiprofissional apenas sobre a ótica de uma categoria profissional, porém por se tratar de um relato de experiência, apenas poderia escrever sob a minha ótica.

O programa da residência tem uma disposição entre práticas profissionais e coletivas que não foram respeitadas, por mais que se tivesse um movimento (dos

residentes sanitарistas) na construção desses espaços e no respeito deles. Os momentos coletivos eram vistos como confronto das atividades das gerências, então havia uma disputa clara sobre as nossas horas práticas. Cabendo pensar se as limitações encontradas ainda é pela falta de preceptores com formação em Saúde Coletiva/Sanitarista, porque neste ponto há uma diferença real das demais categorias profissionais que compõem a equipe de profissionais residentes da Atenção Básica.

Entre os desafios apresentados estavam na busca de termos uma vivência mais próximas do que acreditávamos do plano pedagógico definido no Manual do Residente, com isso alguns ciclos de aprendizados não foram para frente, discussões a respeito de troca de gerência ou vivências curtas em todas as gerências da DIRAPS e projetos envolvendo todos os residentes de Saúde Coletiva porque a prioridade era assumir as rotinas administrativas do setor.

Na busca de aproximar o cenário com o Plano Pedagógico estabelecido pela RMAB sempre foi motivo para desgaste e de muitas ponderações, cabe salientar que não tínhamos objeções na realização das atividades administrativas, muito pelo contrário, se tinha consciência e concepção que elas eram importantes para compreender como a área da saúde se organiza, planeja e executa diversas ações e serviços de saúde, porém nossa formação enquanto núcleo profissional foi fragilizada.

A Sala de Situação da RSL foi o segundo cenário de prática, tinha uma proposta de ser um cenário que promovesse o núcleo profissional, porém por falta de supervisão, equipamentos (mesas, computadores, cadeiras e etc), processos de trabalho pré-definido ficamos isolados tendo experiências diferentes entre os residentes sanitарistas, tínhamos apenas o documento de Procedimento Operacional Padrão (POP) para guiar nossa conduta neste cenário.

E por fim temos o último cenário de prática a UBS nº 01 do Paranoá onde existia uma potencialidade em desenvolver várias atividades, entretanto foram prejudicadas pela Covid-19. Com isso, ações de educação permanente e continuada, envolvimento com o NASF, gerenciamento dos indicadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família tiveram que ser repensadas para assumir uma postura que contribuísse para os profissionais da ponta para lidar com a pandemia. Este cenário possibilitou realizar o monitoramento dos usuários e profissionais acometidos pela covid-19 e terminando essa

experiência de fazer parte da RMAB podemos participar ativamente no processo de vacinação contra a covid-19.

No campo da supervisão há um sentimento de dependência de alguém que acolha as angústias vivenciadas nos serviços, ir para essa arena profissional fez com que tivéssemos uma série de dificuldades a serem enfrentadas. Existem as expectativas criadas nas relações, existe um plano pedagógico de como deveria ser o programa, a vivência de como ela é na prática e esse *gap* é o que motivou esse relato. O processo de tutoria foi bem deficitário no primeiro ano a ponto de articularmos quase que diariamente sozinhos o plano pedagógico.

E esse processo de tutoria segundo autores como Frei *et. al* (2010), Garmel (2008), Botti e Rego (2008) e Mclaughlin (2010) é um processo educacional dinâmico, onde ambas partes - tutor e aluno - definem e redefinem suas funções e é preciso encarar esse momento sempre como um processo, nunca um resultado. E o sucesso desse processo está na participação ativa de ambas as partes, buscando criar um ambiente seguro e de responsabilidade mútua.

Observo que o processo de articular quase sempre de maneira individual proporcionou maior autonomia, porém muitos outros momentos precisávamos de apoio para fazer cumprir nosso plano pedagógico. Ainda é preciso articular um espaço de formação para os preceptores para além dos entraves burocráticos, é nítido que ainda existem lacunas a serem preenchidas, para que se tenha uma melhor condução da nossa formação enquanto Especialistas em Atenção Básica. Uma pesquisa feita por Wuilliaume & Batista sobre os profissionais que desenvolvia atividades de preceptoria revelou que uma demanda dos preceptores era a necessidade de capacitação didática para o exercício da preceptoria, porque diariamente a condução desse processo se desenvolvia de maneira intuitiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recordando o objetivo deste relato que era apresentar as vivências realizadas no RMAB possibilitaram a construção de um pensamento crítico-reflexivo assim como preconizado pela Política de Educação Permanente em Saúde na formação dos

profissionais de saúde. A residência reforçou uma postura profissional do bacharel em Saúde Coletiva, por ser um profissional de e para a saúde pública.

Contudo, ser residente também, ser residente é encontrar uma carga horária de 60 horas semanais, está exposto a fatores estressores como o desrespeito ao processo ensino-aprendizagem, ausência de momentos para dedicação aos estudos, ausência da tutoria e descanso limitado.

A formação por meio da Residência Multiprofissional em Atenção Básica permitiu identificar as condições sociais que interferem no adoecimento da população no território sanitário, executar ações de vigilância em saúde, planejamento de propostas de organização, intervenção, monitoramento e avaliação das ações e programas de saúde. O que oportunizou uma relação mais próxima com os princípios do SUS, isso por meio de aulas expositivas presenciais e online, seminários, estudos dirigidos, treinamento e aos cenários de prática. Ter contato com a multiprofissionalidade e interprofissionalidade através do trabalho em equipe multiprofissional visando a integralidade da atenção em saúde. Ser egresso da RMAB é ter a possibilidade de expandir a atuação na gestão de saúde, conhecer e vivenciar as políticas públicas de saúde, participar de maneira ativa de processo de educação e promoção da saúde.

Ao finalizar esse relato de experiência, acredito que pontos importantes foram compreendidos nesta residência como a questão da multiprofissionalidade, formação técnica-teórica, de trocas e discussões. Destaca-se o ganho central no gerenciamento dos serviços de saúde, negociação e mediação de conflitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei de Diretriz; DA EDUCAÇÃO, Bases. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Instituiu o Programa Nacional de Inclusões de Jovens ProJovem. Programa emergencial e experimental, destinado a executar ações integradas que propiciem aos jovens brasileiros, na forma de curso previsto no art, v. 81, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília (DF): SGTES; 2006.

_____. Leis, Decretos etc. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso: 20.01.2020. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

CRUZ, Marlon Messias Santana. FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo. Paz e Terra, 1996 (Coleção leitura), 166p. **Revista Entreideias: educação, cultura e sociedade**, v. 13, n. 13, 2008.

D'AMOUR, Danielle et al. A base conceitual para a colaboração interprofissional: conceitos centrais e referenciais teóricos. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, pág. 116-131, 2005.

Faculdade de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília no ano de 2017. Acesso: 01.08.2020. disponível em: <
[FREI, Esther; STAMM, Martina; BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. Mentoring programs for medical students-a review of the PubMed literature 2000-2008. **BMC medical education**, v. 10, n. 1, p. 1-14, 2010.](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi7l4HO-PXtAhXmIbkGHUxgBIMQFjACegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Ffs.unb.br%2Fimages%2FPdfs%2FG_CS%2F4_PROJETO_POLITICO_PEDAGOGICO.pdf&usg=AOvVaw1enCCiIy4ipoYEEzZ4q9_c>.</p></div><div data-bbox=)

GARMEL, Gus M. Mentoring medical students in academic emergency medicine. **Academic Emergency Medicine**, v. 11, n. 12, p. 1351-1357, 2004.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Acesso: 20.07.2020. Disponível:
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015&script=sci_arttext) &
script=sci_arttext>.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3025-3036, 2012.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**, v. 2, 2012. Acesso: 17.11.2020. Disponível:<
[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR & lr= & id= Is0VBgAAQBAJ & oi= fnd & pg= PA259 & dq=MACHADO,+M.+H.+Mercado+de+trabalho+em+sa%C3%BAd e.+In:+FALC%C3%83O,+A.+et+al.+\(Orgs.\).+Observat%C3%B3rio+de+recursos+humanos+em+sa%C3%BAd e+no+Brasil:+estudos+e+an%C3%A1lises.+Rio+de+Janeiro:+Editora+FIOCRU](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR & lr= & id= Is0VBgAAQBAJ & oi= fnd & pg= PA259 & dq=MACHADO,+M.+H.+Mercado+de+trabalho+em+sa%C3%BAd e.+In:+FALC%C3%83O,+A.+et+al.+(Orgs.).+Observat%C3%B3rio+de+recursos+humanos+em+sa%C3%BAd e+no+Brasil:+estudos+e+an%C3%A1lises.+Rio+de+Janeiro:+Editora+FIOCRU)

Z,+2003.&ots=BRn4mewRp9&sig=Y9mshmmZSNSrnyTa-HTMTdTSLA4#v=onepage & f=false>.

MCLAUGHLIN, Catherine. Mentoria: o que é? Como fazemos isso e como obtemos mais ? Pesquisa **de Serviços de Saúde** , v. 45, n. 3, pág. 871, 2010.

Paim JS, Almeida Filho N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. In: **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2008. p. 253-253.

RODRIGUES, Juliana; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MANTOVANI, Maria de Fátima. Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 313-317, 2007. Acessado: 27.12.2020. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000200020&script=sci_arttext&tlng=pt>.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 683-688, 2007.

VILAÇA, Danylo Santos Silva. Descentralização e regionalização: interface com controle social em saúde no Distrito Federal, 2011-2016. 2016. Acesso: 12.06.2020. Disponível:< <https://bdm.unb.br/handle/10483/14231>>.